

中西医结合微创治疗结肠慢传输型便秘的临床研究

张和平¹, 王敬敏²

(1. 焦作市中医院外四科, 河南 焦作 453000; 2. 焦作市人民医院, 河南 焦作 453000)

摘要: **目的** 探讨中西医结合微创治疗结肠慢传输型便秘的可行性、有效性。**方法** 回顾分析2008年4月至2010年4月在中国人民解放军第150中心医院全军肛肠外科研究所诊治的150例结肠慢传输型便秘患者, 分别采取普通开腹手术和腹腔镜手术及围手术期的西医和中西医结合治疗, 分析三种治疗的治愈率和并发症发生率、复发率的情况。**结果** (1) 普通开腹手术+西医组、腹腔镜手术+西医组的和腹腔镜手术+中西医结合组治愈率分别为82%(41/50)、84%(42/50)和98%(49/50)。3组比较, 差异有统计学意义($\chi^2=7.197$, $P=0.027$)。(2) 并发症发生率分别为16%(8/50)、4%(2/50)和2%(1/50)。3组比较, 差异有统计学意义($\chi^2=7.207$, $P=0.029$)。(3) 三年复发率分别是17.1%(7/41)、16.7%(7/42)、2%(1/49)。3组比较, 差异有统计学意义($\chi^2=7.627$, $P=0.020$)。**结论** (1) 腹腔镜手术较传统开腹手术治愈率高, 并发症少。(2) 腹腔镜手术+中西医结合治疗是治疗结肠慢传输型便秘行之有效的首选方法, 其治愈率高, 并发症少, 复发率低。

关键词: 慢传输型便秘; 中西医结合; 腹腔镜; 治疗

中图分类号: R2

文献标志码: A

文章编号: 1674-490X(2012)02-0042-04

Clinical observation on the treatment of colon slow transit constipation with Chinese and western medicine combined with minimally invasive surgery

ZHANG Heping¹, WANG Jingmin²

(1. No.4 Department of Surgery, Jiaozuo Hospital of TCM, Jiaozuo 453000, China; 2. People's Hospital of Jiaozuo, Jiaozuo 453000, China)

Abstract: **Objective** To explore the clinical application of traditional Chinese and western medicine integrated with and Minimally Invasive Surgery on treating colon slow transit constipation and assessing the feasibility of treatment and effectiveness. **Methods** From February 2008 to February 2010, one hundred and fifty cases of patients with slow transit constipation diagnosed and treated in 150th Central Hospital were included in our study. The patients accepted surgical management were randomly divided into General Surgery + Western Medicine Therapy Group(OSG+WG, 50 cases), Minimally Invasive Laparoscopic Surgery + Western Medicine Therapy Group(Ls+ WG, 50 cases), Minimally Invasive Laparoscopic Surgery + Integrated Traditional Chinese-Western Medicine Treatment Group(Ls+ CWG, 50 cases). **Results** The cure rate of OSG+WG 82% (41/50), Ls+ WG 84% (42/50), Ls+ CWG 98% (49/50) which has statistically significance($\chi^2=7.197$, $P=0.027$) among these three groups. The rate of postoperative complications in Ls+ CWG was 2% (1/50), Ls+ WG 4% (2/50), 16% (8/50), which in Ls+ CWG and Ls+ WG was significantly

收稿日期: 2012-02-17

作者简介: 张和平(1974—), 男, 河南修武人, 主治医师, 硕士, 主要从事肛肠外科研究。E-mail: zhanghepinglary@163.com

lower than OSG+WG ($\chi^2=7.207$, $P=0.029$), and no significantly differences were found between the Ls+ CWG and Ls+ WG ($\chi^2=0.000$, $P=1.000$). One year recurrence rate in Ls+ CWG was 2% (1 / 49), Ls+ WG 16.7% (7 / 42), OSG+WG 17.1% (7 / 42), there were significantly differences Ls+ CWG, Ls+ WG, OSG+WG ($\chi^2=7.627$, $P=0.020$). **Conclusion** ①The cure rate of Minimally Invasive Laparoscopic Surgery is higher than general surgery and have lower complications; ②Laparoscopic surgery + Integrative Medicine is effective in the treatment of colonic slow transit constipation in clinical practice. It's the first choice for its high cure rate and few complications, low recurrence rate.

Key words: colon slow transit constipation; integrated traditional Chinese-western medicine; laparoscopic surgery; therapy

结肠慢传输型便秘是临床上较为常见而治疗颇为困难的肠道动力性病症。流行病学调查发现功能性便秘在我国的患病率为10%~15%，而其中结肠慢传输型便秘占45.5%。传统药物以对症治疗为主，易产生依赖性，停药后便秘又复发。手术治疗术式不一，且并发症多，一般都是严重影响患者生活质量时不得已而为之。现将笔者所在研究所对结肠慢传输型便秘（slow transit constipation, STC）患者实施手术治疗情况报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2008年4月至2010年4月在中国人民解放军第150中心医院全军肛肠外科研究所住院治疗的慢性传输性便秘的150例患者，普通开腹手术组平均年龄42岁（25~65岁），病程约11.8年；腹腔镜手术+西医组平均年龄46岁（18~70岁），病程约12.5年；腹腔镜手术+中西医组平均年龄48岁（22~77岁），病程14.7年。男女之比是2:1。临床表现：无明显诱因出现排便不畅，便时费力，排便不净感明显，大便1/3~5 d，大便较干，无黑便，无黏液脓血便，无里急后重，无腹痛、恶心、呕吐，无发热、黄疸等伴随症状。纳入标准，全部符合罗马Ⅲ标准。3组病例一般资料经统计学处理，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 辅助检查

钡灌肠检查发现69例乙状结肠冗长，56例横结肠下垂。纤维结肠镜检发现结肠黑病变8例，结肠息肉3例。盆腔造影显示盆底疝1例。排粪造影：54例显示直肠黏膜脱垂，其中22例合并耻骨直肠肌痉挛和直肠前突，单纯直肠重度前突11例。

2 治疗方法

根据结肠运输试验的结果选择，如果结肠运输试验24h内标志物全部进入结肠的，选择结肠全切除。24h内标志物部分或全部没有进入结肠的选择结肠次全切除。

2.1 普通开腹手术

（1）麻醉成功后患者取截石位，取左下腹经腹直肌切口进入腹腔，行结肠次全切除术。升结肠、横结肠、降结肠、部分乙状结肠切除治疗。（2）回肠乙状结肠吻合术，小肠乙状结肠末端吻合治疗。

2.2 腹腔镜全切除术手术方法

（1）采用气管插管全身麻醉。病人取截石位，两腿尽量放低。根据手术进程调整体位。（2）完全腹腔镜全结肠切除术可采用4~5个穿刺切口，一般位于脐、右上腹、右下腹、左下腹。为便于使用腹腔镜

下切割缝合器行回肠直肠吻合，右下腹采用12 mm 套管；因可能更换镜头、超声刀套管位置，其他穿刺口也均采用 10 mm 或12 mm。若采用腹腔镜辅助或手助腹腔镜全结肠切除术，则不需 12 mm 套管，可多采用 5 mm 套管。辅助或手助切口常选下腹正中或右下腹，长 5~7 cm。（3）探查 建立气腹、安置套管后，30° 腹腔镜经脐部入腹常规探查。（4）游离全结肠。根据病变位置，按先正常后异常、先容易后困难的次序分离全结肠。（5）在完成全结肠游离后，扩大右下腹穿刺切口至 3~4 cm，经辅助切口移出标本；也有将结肠从开放的直肠经肛管拖出，将安置了抵钉座的回肠还纳入腹腔，关闭直肠残端完成吻合，不作腹部小切口。（6）重建肠道连续性，采用吻合器重建。

2.3 腹腔镜次全切除术手术方法

手术准备同腹腔镜全切除术，用超声刀切断供应乙状结肠及降结肠动静脉，分离乙状结肠系膜及降结肠内侧腹膜，分离降结肠左结肠旁沟腹膜，至此乙状结肠及降结肠完全游离，同法游离横结肠及升结肠。取下腹正中切口约6cm，依次切开皮肤各层，进入腹腔，将游离结肠移出腹腔，于乙状结肠末端闭合器闭合肠管，切断肠管，闭合器于盲肠预断处闭合，切断盲肠，移走标本，小针细线间断缝合浆肌层包埋加固。

3 结果

普通开腹手术+西医组治愈率41例，好转9例，治愈率82%；腹腔镜手术+西医结合组治愈42例，好转8例，治愈率84%；腹腔镜手术+中西医结合组治愈49例，好转1例，治愈率98%。3组比较，差异有统计学意义（ $\chi^2=7.197$ ， $P<0.05$ ）。

腹腔镜手术+中西医组有1例发生胸腔积血，分析可能与患者伴有原发性血小板减少性紫癜有关，发生率为2%（1/50）；腹腔镜手术+西医组有1例腹痛，1例粘连性肠梗阻，腹腔镜手术+西医组并发症发生率为4%（2/50），可能与病人体质和术后活动时间较晚等有关；普通开腹手术+西医组发生1例切口裂开，2例粘连性肠梗阻，腹痛2例，1例腹泻和1例肛门失禁，普通开腹手术并发症发生率为16%（8/50），可能与术中手术情况和术后用药及术后下床活动时间和活动量有关（ $\chi^2=7.207$ ， $P<0.05$ ）。

一年后随访，普通开腹手术+西医组复发7例，复发率17.1%；腹腔镜手术+西医组复发7例，复发率是16.7%；腹腔镜手术+中西医组复发1例，复发率为2%。3组复发率相比，差异有统计学意义（ $\chi^2=7.6277$ ， $P<0.05$ ）。见表1、图1。

表1 3组治疗效果对照

治疗方式	n	治愈	好转	胸腔积血	腹痛	切口裂开	肠梗阻	腹泻	肛门失禁	复发
普通开腹手术+西医组	50	41	9	0	2	1	2	1	1	7
腹腔镜手术+西医组腹腔镜	50	42	8	0	1	0	1	0	0	7
手术+中西医组	50	49	1	1	0	0	0	0	0	1

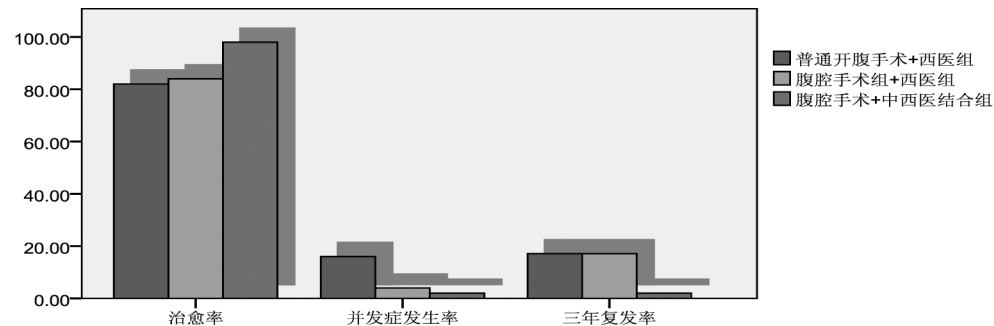


图1 3组治疗效果的对比分析

4 讨论

目前临床上对便秘的保守治疗主要有一般治疗（通过改变饮食、生活行为、习惯等的辅助治疗手段）、药物治疗（主要是一些西药泻剂和中药缓泻剂通过改善消化道症状治疗便秘）以及生物反馈治疗等，可在一定程度上缓解便秘的紧张，但都不能从根本上治疗便秘。

中西医结合微创治疗方案集多种治疗方法于一体，有步骤地展开治疗。根据患者病情发展的不同阶段选择不同阶段的治疗，亦可两种或多种方法同时兼用以达到更好的疗效，坚持中西并用，先保守后手术的治疗原则。该方案中医药物治疗有别于传统中医。传统中医治疗慢传输型便秘多从虚辨证，包括气虚、血虚、阴虚、阳虚，或从五脏辨证。中西医结合微创治疗方案根据虚秘的分型辨证治疗。此外，腹腔镜微创治疗慢传输型便秘是近几年来提出的一种较新的治疗方法，较传统开腹手术治疗是一种更加安全、有效的治疗方式。

“中西医结合微创治疗慢传输型便秘”采用中西医结合非手术治疗，改善便秘，降低复发率；采用腹腔镜微创手术较普通开腹手术，可以提高治愈率，降低并发症的发生。围手术期应用中医中药辨证施治，减少并发症，降低复发率。中西医结合腹腔镜微创治疗慢传输型便秘，综合应用、充分发挥各种治疗方法的优点，相互弥补不足，可取得更优越的疗效。

“中西医结合微创治疗慢传输性便秘方案”较单纯的一种方法治疗更能达到满意的效果。中西医结合微创治疗较中西医结合非手术治疗在整体调理的基础上切除冗余结肠，彻底去除病因，明显提高治愈率和降低复发率。中西医结合微创治疗较传统手术治疗不但减少并发症的发生，更是从根源上解除了便秘，降低复发率。所以中西医结合腹腔镜微创治疗既能结合现代科技的新技术为人类的健康服务，又能把祖国的传统医学与现代科技相结合，促进医学科学的发展。由于本研究病例数相对较少，得出的结论也较局限，远期疗效尚待在病例不断积累的基础上进一步观察。

参考文献：

- [1] 刘宝华. 便秘的诊断和治疗[M]. 北京: 军事医学科学出版社, 2007:16-17.
- [2] HIGGINS P D R, JOHANSON J F. Epidemiology of constipation in North America: A systematic review[J]. Am J Gastroenterol, 2004, 99(4): 750-759.
- [3] RAO S S, MEDURIK. What is necessary to diagnose constipation[J]. Best Pract Res Cline Gastroenterol, 2011, 25(1): 27-40.
- [4] HERZ M J, KAHAN E, ZALEVSKI S, et al. Constipation: A different entity for patients and doctors[J]. Family Practice, 1996, 13(2): 156-159.
- [5] CHENG C W, BIAN Z X, WU T X. Systematic review of Chinese herbal medicine for functional constipation[J]. World J Gastroenterol, 2009, 15(39): 4886-4895.
- [6] LI W L. Efficacy of Traditional Chinese Medicine for the Management of Constipation: A Systematic Review[J]. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2009, 15(2): 1335-1346.
- [7] WANG Y, ZHAI C, NIU L, et al. Retrospective series of subtotal colonic bypass and antiperistaltic cecoproctostomy for the treatment of slow-transit constipation[J]. Colorectal, 2010, 25(5): 613-618.
- [8] 黄乃健. 中国肛肠病学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001.
- [9] RAO S S C, PATEL R S. How useful are manometric tests in the evaluation of defecation disorders[J]. Am J Gastroenterol, 1997, 92(3): 469-475.

（责任编辑：裴永强）